

____年精神護理之家開業登記事項查證回復單

○○○年 ○○月○○日

本機構參加____年度精神護理機構評鑑，請就本機構之開業情形、負責人、專業人員、照顧服務員人數及核可之服務量等資料予以查證，並請將結果通知財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

此致

縣（市）衛生局

申請機構：

負責人：

填表人：

（請於空白處蓋「關防」與「負責人」章）

一、請查證機構下列資料是否與衛生局登記之資料相符（本表各項欄位均需完整填寫不可空白）

本機構填報資料（機構填寫）	該機構登記資料（衛生局填寫）	查證結果（衛生局填寫）
1.機構屬性 ○公立機構 ○私立機構 ○法人或其他團體附設護理機構	1.機構屬性 ○公立機構 ○私立機構 ○法人或其他團體附設護理機構	○兩者資料相同 ○不同（請說明）
2.執業登記 ➢ 於評鑑申請截止日前領有開業執照？○是 ○否 ➢ 設有日間照護：○是 ○否	2.執業登記 ➢ 於評鑑申請截止日前領有開業執照？○是 ○否 ➢ 設有日間照護：○是 ○否	○兩者資料相同 ○不同（請說明）
3.機構代碼：	3.機構代碼：	○兩者資料相同 ○不同（請說明）
4.登記開業日期：（原始發照日期） 年 月 日	4.登記開業日期：（原始發照日期） 年 月 日	○兩者資料相同 ○不同（請說明）
5.負責人：	5.負責人：	○兩者資料相同 ○不同（請說明）
6.衛生局核可服務量： 床	6.衛生局核可服務量： 床	○兩者資料相同 ○不同（請說明）
7.總樓地板面積： 平方公尺	7.總樓地板面積： 平方公尺	○兩者資料相同 ○不同（請說明）
8.平均每床面積： 平方公尺	8.平均每床面積： 平方公尺	○兩者資料相同 ○不同（請說明）

本機構填報資料（機構填寫）				該機構登記資料（衛生局填寫）				查證結果（衛生局填寫）
9.人員配置：				9.人員配置：				○兩者資料相同 ○不同（請說明）
專業別	專任人數	兼任人數	每週兼任時數	專業別	專任人數	兼任人數	每週兼任時數	
護理人員				護理人員				
照顧服務員				照顧服務員				
社會工作人員				社會工作人員				
職能治療師				職能治療師				
職能治療生				職能治療生				
臨床心理師				臨床心理師				
醫師				醫師				
物理治療師				物理治療師				
物理治療生				物理治療生				
營養師				營養師				

<以下由衛生局填寫>

二、請查證該機構下列各項是否符合護理機構設置標準規定（衛生局填寫）：

（一）人員（請依「護理機構設置標準表」—精神護理之家之「人員」設置標準逐項查核）：

- 1、護理人員：○符合，○不符合（請說明）：_____
- 2、照顧服務員：○符合，○不符合（請說明）：_____
- 3、社會工作人員：○符合，○不符合（請說明）：_____
- 4、職能治療人員：○符合，○不符合（請說明）：_____
- 5、臨床心理師：○符合，○不符合（請說明）：_____
- 6、其他人員：○符合，○不符合（請說明）：_____

（二）護理服務設施（請依「護理機構設置標準表」—精神護理之家之「護理服務設施」設置標準逐項查核）：

- 1、住房：○符合，○不符合（請說明）：_____
- 2、復健服務設施：○符合，○不符合（請說明）：_____
- 3、日常活動場所：○符合，○不符合（請說明）：_____
- 4、衛浴設備：○符合，○不符合（請說明）：_____
- 5、其他：○符合，○不符合（請說明）：_____

（三）建築物之設計構造與設備（請依「護理機構設置標準表」—精神護理之家之「建築物之設計構造與設備」設置標準逐項查核）：

- 1、總樓地板面積：○符合，○不符合（請說明）：_____
- 2、一般設施：○符合，○不符合（請說明）：_____

3、空調設備：符合，不符合（請說明）：_____

4、消防設備：符合，不符合（請說明）：_____

5、安全設備：符合，不符合（請說明）：_____

(四) 其他（請依「護理機構設置標準表」—精神護理之家之「其他」設置標準逐項查核）：

符合，不符合（請說明）：_____

三、綜合上述資料該機構：符合精神護理之家設置標準

不符合精神護理之家設置標準

_____縣（市）衛生局

查證人員簽章：_____

業務主管簽章：_____

備註：

1. 請確認該機構於貴局所登記之資料，業已輸入「醫事管理系統」中，以免影響該機構之評鑑成績。
2. 本回復單煩請貴局於○年○月○日前逕寄財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（220 新北市板橋區三民路2段31號5樓）彙辦，以符合機構申請評鑑時效。